



**AUTORIZACION CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO
MIEMBROS DE ORGANOS DE ADMINSTRACION Y CONTROL**

Ciudad y Fecha _____

Señores

FONDO DE EMPLEADOS DE CENCOSUD COLOMBIA

Ciudad:

Apreciados Señores:

Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE CENCOSUD COLOMBIA para consultar, procesar, reportar, suministrar, rectificar y actualizar en cualquier momento la información relacionada con mi) comportamiento como cliente de la entidad, a la Asociación Bancaria de Colombia o cualquier otra central de información debidamente constituida. Así mismo autorizo para que dicha información pueda ser utilizada por terceros para efectos de remitir información comercial por parte de FONDO DE EMPLEADOS DE CENCOSUD COLOMBIA o de terceros, todo ello respetando las limitaciones impuestas por las normas legales de autoridades competentes. Autorizo expresamente a FONDO DE EMPLEADOS DE CENCOSUD COLOMBIA para verificar la información contenida en el presente documento y en las solicitudes de crédito que le presente a FONDO DE EMPLEADOS DE CENCOSUD COLOMBIA. Igualmente, me comprometo durante la vigencia del cargo a actualizar la información suministrada en la solicitud o la que reporta FONDO DE EMPLEADOS DE CENCOSUD COLOMBIA, la cual se entiende vigente hasta tanto le notifique a FONDO DE EMPLEADOS DE CENCOSUD COLOMBIA cualquier modificación.

NOMBRE Y APELLIDOS _____

CEDULA _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____

CELULAR _____